**附件2**

**委托培养介绍信**

濮阳市油田总医院：

兹有我单位 年入职职工 等共 人，到贵单位参加2021年住院医师规范化培训，培训时长3年，经单位研究同意其脱产培训，培训期间本单位给予发放基本工资，为 元/人，请接洽。

特此证明！

单位人事部门主任签名：

联系电话：

（单位公章）

年 月 日

|  |
| --- |
| **参加培训人员基本情况信息一览表** |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **有无执业医师证** | **毕业院校** | **专业** | **毕业时间** | **联系电话** |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |